N° 137.

18.

ESSAI

SUR LES

PLAIES DES ARTICULATIONS.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 26 AOUT 1837;

PAR

J.-B^te BROQUARD,

Chirurgien Sous-Aide-Major à l'Hôpital militaire de Bayonne;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,
IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, N° 3.
1837.

A MA MÈRE ET A MON ONCLE.

Témoignage d'attachement et de reconnaissance sans bornes.

J.-B. BROQUARD.



ESSAI

SUR

LES PLAIES DES ARTICULATIONS.

§ 1er.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'importance de conserver au corps l'entière liberté de ses mouvements, a fait considérer les plaies qui intéressent les articulations comme très-graves; néanmoins cette gravité n'est que relative; elle dépend principalement de la nature des corps vulnérants, de leur action plus ou moins violente, de l'étendue de la plaie, et surtout de la nature des tissus qui auront été atteints, soit que ces tissus constituent l'articulation elle-même, soit qu'ils l'entourent ou l'avoi-

sinent ; aussi croyons-nous nécessaire de donner un léger aperçu de leur texture et de leur degré de vitalité.

On nomme articulation le lieu de jonction des os, l'endroit où ils sont en rapport et où ils sont plus ou moins solidement réunis les uns avec les autres. Les os longs se rencontrent par leurs extrémités, les larges par leurs bords, et les courts par divers points de leur surface : ces points de contact sont de trois sortes ; mobiles, immobiles et mixtes ; ils sont maintenus dans leur position respective par des cartilages, des fibro-cartilages, des ligaments, des capsules fibreuses et synoviales ; les muscles même contribuent à leur solidité ; cette solidité dépend encore de la configuration réciproque des os et de l'espèce d'enclavement qui en est le résultat.

Une lame cartilagineuse revêt, presque toujours, les surfaces articulaires, mais principalement celles des articulations mobiles ; dans celles-ci, le poli de leurs cartilages facilite leur glissement, comme leur souplesse le mouvement des deux extrémités osseuses, dont la substance dure éprouverait en se frottant un choc trop fort.

Au premier aspect, le tissu cartilagineux paraît homogène ; mais en l'observant avec attention, surtout aux extrémités osseuses mobiles, on distingue des fibres longitudinales et d'autres transversales et obliques qui coupent les premières en sens inverse. L'extensibilité et la contractilité sont très-peu développées dans ce tissu ; la sensibilité y est très-obscure, et ce n'est que lorsqu'ils sont frappés de maladie, que le cerveau perçoit douloureusement les irritations diverses dont ces organes sont le siége. Sa contractilité organique est très-obscure et ses sympathies presque nulles.

Le tissu fibro-cartilagineux est tenace comme les ligaments blancs, dense et élastique comme les cartilages ; Béclard (1) ne le considère pas comme un tissu propre et toujours identique, comme le pensait Bichat, mais bien comme une variété du tissu desmeux ; il en distingue deux espèces : les temporaires et les permanents. Les premiers s'ossifient toujours à une époque déterminée ; on les rencontre dans

(1) Dict. de méd. en 21 vol., tom. VIII, pag. 555.

l'épaisseur des tendons et des ligaments. Les seconds, qui occupent l'intérieur des articulations, sont de trois classes : 1° ils peuvent être libres par leurs deux faces (articulation fémoro-tibiale, etc.); 2° adhérents par une de leurs faces (bourrelet fibro-cartilagineux aux bords des cavités glénoïdes et cotyloïdes); 3° adhérents par leurs deux faces (articulation des vertèbres).

Les propriétés physiques du tissu fibro-cartilagineux sont semblables à celles des ligaments et des cartilages; l'élasticité et la contractilité y sont très-développées; la sensibilité y est nulle dans l'état normal, mais assez vive dans l'état inflammatoire.

Le tissu fibreux de Bichat, albugineux de Chaussier, et desmeux ou ligamenteux de Béclard, fournit à toutes les articulations des moyens de jonction, soit sous la forme de faisceaux réguliers ou irréguliers, soit sous celle de capsules. Ce tissu est généralement blanc, solide, très-tenace, résistant le plus à la rupture; ses fibres sont flexibles, peu élastiques, réunies entre elles, soit parallèlement, comme dans les tendons et les ligaments, ou bien obliquement, comme dans les membranes, et fournit des liens et des enveloppes très-solides.

L'extensibilité et la contractilité se remarquent dans ce tissu, mais l'une et l'autre d'une manière lente et graduée, comme on le voit, par exemple, dans les hydropisies articulaires. La sensibilité y est nulle hors l'état pathologique; il faut que les capsules ou les ligaments soient distendus par un liquide, ou enflammés, pour que la douleur se développe; dans ces circonstances, elle est quelquefois intolérable. Dans le cas inflammatoire, des vaisseaux sanguins s'y développent quelquefois d'une manière très-sensible, mais on n'y a jamais remarqué aucun vestige de nerfs.

Les ligaments sont des parties fibreuses qui servent à unir les cartilages et les os les uns aux autres; ils sont ordinairement arrondis ou aplatis; quelquefois ils forment des faisceaux irréguliers parsemés çà et là sur les surfaces articulaires; ils en occupent aussi l'intérieur, et prennent la forme arrondie, tandis que les externes, aplatis, en occupent l'extérieur et principalement les parties latérales. On les nomme alors latéraux; on leur donne encore le nom d'antérieurs et

de postérieurs, selon leur position respective; ils recouvrent les capsules synoviales, et y adhèrent plus ou moins intimement; ils se fixent aux os et au périoste, avec lequel ils se confondent; ceux qui occupent l'intérieur des articulations, fortement adhérents par leurs extrémités, sont ordinairement libres dans toute leur circonférence, et recouverts par la membrane synoviale qui se réfléchit sur eux.

Les capsules fibreuses ne sont que des ligaments sous la forme membraneuse; toujours situées à l'extérieur de la membrane synoviale, elle s'étendent d'une extrémité osseuse à l'autre; la gaîne cylindroïde qu'elles forment n'est jamais complète; dans quelques points, elle est remplacée par un tissu cellulaire condensé qui n'est point de nature fibreuse.

Le système fibreux a de nombreuses sympathies; on voit, par exemple, survenir des douleurs plus ou moins vives dans une articulation assez éloignée de celle qui est affectée; la simple piqûre d'une membrane fibreuse détermine souvent l'inflammation de tous les tissus du membre auquel elle appartient.

Il existe, dans toutes les articulations mobiles, des membranes exactement analogues par leur structure, ayant les mêmes usages : ce sont les capsules synoviales. Ces capsules en occupent la partie interne, et se présentent sous la forme d'un sac sans ouverture, qui se déploie successivement sur les cartilages diarthrodiaux, les ligaments latéraux et capsulaires, les inter-articulaires et les paquets graisseux qui se rencontrent dans certaines cavités articulaires : c'est à elles que leurs surfaces doivent leur poli et leur luisant. Dans les articulations ginglymoïdales, où il n'existe point de membrane fibreuse, ce sont encore elles qui, aidées des ligaments latéraux, forment leur enveloppe articulaire. De même que dans les membranes séreuses, leur organisation paraît évidemment celluleuse; aucune fibre n'y est distincte, elles seraient composées, d'après Bichat, de tissu cellulaire et d'un entrelacement de vaisseaux absorbants et exhalants. Ses propriétés de tissu sont prononcées dans les cas d'hydropisie articulaire. Distendues par le liquide épanché, on les voit revenir sur elles-mêmes après avoir évacué celui-ci par une ponction; mais cette exten-

sibilité et cette contractilité ne s'opèrent que graduellement et d'une manière lente.

La sensibilité y est naturellement très-développée. Lorsqu'elle est excitée par une irritation quelconque ou par une inflammation, elle se manifeste dans toute son énergie, et produit souvent des accidents très-graves. Les plaies dans lesquelles ces membranes sont mises en contact avec l'air, ou qui sont irritées par la présence de corps étrangers, nous en fourniraient de nombreux exemples.

Les synoviales ne jouent qu'un très-faible rôle dans l'ordre des sympathies. Par leur structure délicate, elles contribuent fort peu à la solidité des articulations, et toute leur fonction consiste à sécréter la synovie, fluide blanchâtre, visqueux et transparent, semblable, par sa consistance, à certains mucilages ou à certains sirops, et filante comme eux lorsqu'elle s'échappe d'une articulation : cette disposition de la synovie la rend nécessaire, indispensable même pour lubréfier et faciliter les mouvements des articulations, et principalement de celles qui sont destinées à opérer de grands mouvements.

Enfin, les articulations sont entourées la plupart par des tendons, des vaisseaux artériels et veineux, des nerfs, des muscles, etc. Nous ferons connaître la gravité de leurs lésions, comme complication des plaies articulaires, lorsque nous nous occuperons de chaque espèce en particulier.

§ II. -- DIVISION.

Sous le rapport des causes ou des corps vulnérants qui occasionnent les plaies en général, on les divise : 1° en piqûres ; 2° division des parties par instrument tranchant ; 3° plaies contuses. Quelques auteurs admettent une quatrième cause particulièrement pour les plaies articulaires ; elle consiste dans l'action d'un mécanisme qui, après avoir allongé ou tiraillé un membre, finit par déchirer les tissus ; les plaies qui en résultent ont reçu le nom de plaies par arrachement. Chacune de ces causes traumatiques pouvant modifier le trai-

tement, et offrir en même temps un plus ou moins grand degré de gravité, nous les traiterons séparément. Ces plaies sont simples ou compliquées. Elles sont simples quand elles ne présentent d'autre indication que la réunion immédiate, quoique souvent plusieurs tissus soient affectés. Les plaies compliquées sont accompagnées de quelque autre maladie ou d'accidents graves qui présentent quelque indication particulière.

On ne doit entendre, par plaie des articulations, que celles qui intéressent directement les tissus propres qui les composent et qui pénètrent dans leur intérieur. Quelques auteurs les divisent, cependant, en externes et internes; mais les premières n'affectent les tissus articulaires que d'une manière secondaire; elles peuvent en déterminer l'inflammation par sympathie ou par la propagation de cette même inflammation des parties externes aux parties internes.

Les différences les plus essentielles sont donc celles qui se déduisent de la cause qui les a produites et des parties qu'elles intéressent : pour déterminer d'une manière positive la gravité de ces lésions, il faut aussi avoir égard à l'âge, au sexe et au tempérament de l'individu; le climat influe, de même, d'une manière puissante, sur leur bénignité ou sur leurs suites funestes.

§. III.

PLAIES DES ARTICULATIONS PAR PIQURE.

Les plaies qui sont le résultat des instruments piquants, aplatis ou non, tels que les stylets, les couteaux, les épées, les fleurets, les épines, les clous, les aiguilles, etc., se nomment piqûres. Ces instruments agissent en déchirant les fibres ou en les écartant; la gravité de ces plaies dépend, en général, de l'instrument qui les a produites : une épée bien affilée, par exemple, produira des accidents moins fâcheux qu'une baïonnette dont la pointe est presque toujours mousse.

L'inflammation et la douleur qui résultent d'une piqûre sont en raison directe du déchirement des parties et du nombre plus ou moins considérable des filets nerveux qui s'y distribuent. De là l'excessive douleur d'une plaie articulaire du pied ou de la main. L'écoulement de sang est, en général, peu abondant. Aussitôt après la sortie de l'instrument, les bords de la plaie se rapprochent, les vaisseaux lésés se retirent sur eux-mêmes, et un caillot se forme ; il faut néanmoins ne pas s'en laisser imposer par cette apparence de bénignité ; souvent des épanchements sanguins ou de synovie déterminent des inflammations graves, et à la suite de celles-ci des abcès presque toujours funestes : aussi faut-il que le chirurgien soit très-circonspect sur le pronostic. Les plaies des articulations doivent donc être considérées, dans la plupart des cas, comme fâcheuses, surtout si l'individu est pléthorique ou excessivement nerveux. Dans la première catégorie, la réaction vitale, soit générale, soit locale, se manifestera avec violence ; un pouls fort, plein, une langue sèche, une soif ardente, annonceront la fièvre traumatique ; les symptômes locaux seront ceux des inflammations en général produites par causes externes : la rougeur, la chaleur, la douleur et la tension des parties lésées et souvent même de celles qui les environnent. Dans la seconde, le système nerveux irrité peut déterminer le tétanos et la mort, surtout si le blessé habite un climat chaud : on a vu fréquemment en Afrique et dans l'Amérique méridionale, des nègres atteints de tétanos pour une piqûre faite à la plante des pieds par une épine. Les symptômes tétaniques se manifestent alors par un pouls petit, serré et concentré ; les malades éprouvent de la douleur, une tension insolite dans la partie affectée, accompagnées d'irradiations convulsives qui semblent se diriger vers le centre nerveux ; ils sont tristes et moroses, tourmentés d'insomnie, perdent l'appétit ; leur bouche est amère, leur langue chargée ; ils souffrent de la tête, etc. Quand de pareils symptômes se prononcent, il est difficile d'arrêter les progrès de cette funeste complication.

Les accidents qui résultent des piqûres des articulations ne sont pas toujours aussi funestes, et les praticiens ont vu grand nombre

de ces plaies guérir dans un très-court délai, et sans que la réaction inflammatoire ait été bien manifeste : le baron Boyer, entre autres, rapporte deux observations de plaies de l'articulation huméro-cubitale, par piqûre, qui furent guéries en peu de jours sans aucun accident fâcheux. Il peut se faire cependant que quelques chirurgiens se soient trompés sur le diagnostic de cette lésion ; car la sortie de la synovie, qui se fait rarement observer quand les instruments vulnérants sont très-aigus, n'est pas encore un signe caractéristique ; la gaîne d'un tendon environnant une articulation laissera sortir un fluide semblable. Pour s'assurer de la pénétration de la plaie, on a proposé deux moyens : le premier est de la sonder à l'aide d'un stylet ; mais ce moyen est dangereux, surtout pour les grandes articulations, comme celle du genou, par exemple ; l'inflammation que cette manœuvre pourrait exciter ne manquerait pas de faire développer une série d'accidents fâcheux. On pourrait seulement y avoir recours, dans le cas où l'on aurait lieu de soupçonner qu'une partie de l'instrument vulnérant est restée dans l'intérieur de l'articulation, afin de mieux diriger les instruments propres à en faire l'extraction : d'ailleurs, comme l'observe Samuël Cooper (dict. de chirurg. prat., tome I, p. 199), la connaissance que l'on acquiert par le moyen de la sonde est de très-peu de valeur ; car toutes les fois qu'une blessure est soupçonnée d'avoir atteint le ligament capsulaire, elle nécessite le même traitement que si on avait la certitude de l'ouverture de l'articulation.

Le second moyen consiste à presser légèrement et graduellement sur l'articulation pour s'assurer si la synovie peut s'échapper par la plaie ; quoique moins dangereux, il doit être cependant très-douloureux pour le malade ; et, comme nous l'avons déjà dit, la conviction que l'on cherchera ne servira pas à grand'chose ; car le chirurgien attentif saura parer à propos aux divers symptômes qui se présenteront.

§ IV.

PLAIES ARTICULAIRES PAR INSTRUMENT TRANCHANT.

Les plaies articulaires résultant de l'action d'un instrument tranchant, présentent des phénomènes qu'il est essentiel d'observer. Une douleur plus ou moins vive les accompagne, l'effusion de sang varie selon le nombre et l'importance des vaisseaux divisés, leurs bords éprouvent presque toujours un écartement sensible et deviennent bientôt le siége d'une inflammation dont l'intensité varie aussi selon la sensibilité des parties lésées et les dispositions individuelles. Comme dans les plaies par piqûre, la douleur est subordonnée au nombre des nerfs divisés ; elle est aussi proportionnée à l'étendue de la blessure et à l'état dans lequel se trouvent les blessés au moment de l'accident ; on voit, dans beaucoup de cas, des plaies peu étendues produire de fortes douleurs chez des individus qui, saisis d'effroi, sont encore doués d'une constitution nerveuse ; tandis que des plaies qui divisent largement les tissus articulaires sont à peine suivies de douleur pendant l'action d'un combat, d'un accès de colère ou d'un état d'ivresse. La nature de la douleur varie aussi selon celle de l'instrument qui l'a produite ; s'il est bien affilé et bien tranchant, le malade a beaucoup moins de douleur que s'il est ébréché ou émoussé ; dans ce cas, les parties sont plutôt mâchées que divisées, et cette espèce de lésion rentre presque dans celle que nous désignerons sous le nom de plaies contuses.

Immédiatement après la production d'une plaie articulaire par instrument tranchant, on voit jaillir, avons-nous dit, une quantité variable de sang ; mais si la plaie extérieure est parallèle à celle des enveloppes articulaires, il s'échappe aussi par l'ouverture une quantité de synovie plus ou moins grande : si les vaisseaux capillaires ont été seuls intéressés, l'hémorrhagie s'arrêtera bientôt d'elle-même ; mais quand des troncs artériels et veineux ont été ouverts, l'effusion

sanguine persiste, et alors il est urgent de mettre en usage les moyens hémostatiques appropriés au cas.

Dans les plaies des articulations profondes et recouvertes de muscles, d'aponévroses, etc., ces divers tissus se rétractent sur eux-mêmes en raison directe de la contractilité qui est propre à chacun d'eux. C'est ainsi que l'écartement est considérable au niveau de la peau, moindre à celui du tissu cellulaire, surtout s'il est surchargé de graisse; que les muscles coupés transversalement se rétractent considérablement par l'élasticité et la force contractile de leur structure; tandis qu'un nerf, une aponévrose, etc., mais principalement les tissus qui constituent une articulation, reviennent presque toujours sur eux-mêmes, lorsqu'ils ne seront pas entièrement divisés, et dans ce dernier cas, les parties divisées s'écartent à peine l'une de l'autre. Si nous nous arrêtons un moment à ces détails, qui pourraient paraître minutieux, c'est qu'ils nous seront de la plus grande utilité pour traiter convenablement tel ou tel tissu affecté.

L'inflammation locale et les phénomènes généraux de réaction ne tardent pas à paraître après l'accident, et la fièvre traumatique se déclare avec une intensité égale à la gravité de la blessure et à l'irritabilité du blessé. Dans le précédent paragraphe, nous avons signalé les principaux symptômes qui la caractérisent. Cet éréthisme inflammatoire dure de trois à quatre jours, suivant la violence et l'intensité de l'inflammation de la plaie. Si la réunion immédiate que l'on aura tentée n'est pas complète, la plaie suppure: elle est alors moins douloureuse et moins brûlante; une détente générale s'opère, et les phénomènes fébriles disparaissent. Mais il n'en est pas toujours ainsi: si les tissus articulaires s'enflamment, surtout la synoviale, la fièvre persiste, l'articulation devient plus douloureuse et tendue, la peau devient luisante, et bientôt la fluctuation annonce un abcès articulaire ou un épanchement de synovie. Dans le premier cas, la peau est rouge et enflammée; dans le second, qui a une marche moins rapide, la peau change à peine de couleur, et la douleur est moins vive, parce qu'elle est graduée.

Lorsque la plaie est large, que les cartilages articulaires sont lésés

et mis à nu, les ligaments divisés en totalité ou en partie, il est inutile de tenter la réunion : il vaut mieux prendre un moyen décisif qui garantisse les jours du malade avant que tous les désordres de l'inflammation et de la fièvre traumatique se soient développés. Ce précepte doit être principalement suivi aux armées, où la plupart du temps on est privé de tout, même de moyens de transport assez commodes pour les blessés.

§ V.

DES PLAIES DES ARTICULATIONS PAR CONTUSION.

On donne le nom de contusion à une lésion physique, ordinairement produite par le choc ou la pression d'un corp obtus, lourd, lequel, mu avec plus ou moins de vitesse, froisse, meurtrit, déchire, écrase les parties soumises à son action, sans occasionner toujours des solutions de continuité à la peau. Lorsque la contusion est accompagnée de solution de continuité extérieure, elle prend le nom de plaie contuse : ces plaies se divisent en celles qui sont le résultat des corps contondants ordinaires, et en plaies d'armes à feu.

Les contusions ne sont pas toujours occasionnées par des agents externes : nos organes même peuvent se contondre dangereusement entre eux lorsqu'ils viennent à presser brusquement les uns sur les autres. C'est par ce mécanisme qu'ont souvent lieu les contusions profondes des grandes articulations. Ces contusions ont lieu par contre-coup.

L'intensité et l'étendue des contusions doit nécessairement varier, selon la masse, la forme, le volume, la vitesse, la direction des corps contondants, et selon la texture et la position des tissus sur lesquels ils agissent. Ceux qui sont souples, extensibles, reposant sur d'autres parties molles, épaisses, peuvent, quoique ayant été atteints immédiatement et avec violence, n'être que légèrement contus; tandis que les parties subjacentes, moins extensibles ou appuyées sur des os, des cartilages ou tout autre corps résistant, seront contuses à un

bien plus haut degré, et même déchirées. C'est ainsi que les contusions des articulations superficielles, telles que celles du coude et de la main, du genou, du coude-pied et du pied, etc., rentrent dans les plaies contuses articulaires, parce que, si la contusion est forte et que la direction qu'aura prise le corps contondant le favorise, la capsule synoviale pourra être ouverte sans que la peau soit entamée. Il est vrai, cependant, que des contusions plus ou moins violentes peuvent déterminer l'inflammation des divers tissus articulaires. Nous allons citer une observation (1) de contusion à l'articulation tibio-astragalienne qui nécessita l'amputation, et cependant le corps contondant n'avait pas lésé les téguments au point de les diviser.

Le 3 Mars 1836, il entra à la salle des blessés de l'hôpital de Montpellier, le nommé Bausse Étienne, d'un tempérament sanguin, âgé de 40 ans. Il y avait deux ans et demi qu'à la suite d'une compression exercée par la roue d'une diligence, il vit successivement son pied s'enflammer, se tuméfier, et, au bout d'un certain laps de temps, des fistules s'ouvrir, qui donnèrent issue à du pus abondant et de plus en plus sanieux; dans la suite, des fragments osseux sortirent par ces ouvertures. Pendant tout le temps de la maladie, Bausse fut obligé de garder le lit, sans toutefois des douleurs très-violentes. Ne voyant pas néanmoins un terme à sa maladie, il résolut de faire amputer le membre. Voici l'état dans lequel se trouvait la partie lésée lorsqu'il se présenta à la salle de clinique : le coude-pied, déformé et saillant d'arrière en avant et de dedans en dehors, offrait, aux environs des malléoles, plusieurs ouvertures fistuleuses d'où il s'écoulait beaucoup de pus. Le talon était relevé de manière à ce que le pied se rapprochait de la direction de la jambe. Les ganglions inguinaux étaient engorgés; mais le pouls était calme, et les douleurs peu vives. L'amputation fut pratiquée; l'examen du membre enlevé nous montra que les deux os de la jambe étaient très-gonflés, et surtout vers les malléoles, qui avaient le double de leur volume ordi-

(1) Cette observation a été recueillie à l'hôpital de Montpellier, par M. Alquier, qui a eu l'obligeance de me la communiquer.

naire; les cartilages de leurs surfaces articulaires étaient détruits; tous les os du tarse soudés entre eux; ceux de la première rangée offraient assez de dureté; mais ceux de la seconde, mous et friables, avaient leurs aréoles larges et rougeâtres; les parties molles offraient l'aspect du tissu lardacé; les muscles avaient perdu leur couleur naturelle.

Quoique cet individu fût d'un tempérament sanguin qui le disposât aux inflammations, surtout étant à la vigueur de l'âge, il peut bien se faire aussi qu'il eût quelque vice interne; le cas étant, il n'est pas moins vrai que la contusion a provoqué tous les désordres que présentait cette série d'articulations. David a réuni, dans un mémoire sur les contre-coups dans les diverses parties du corps, des observations semblables sur les suites fâcheuses des contusions des surfaces articulaires; il a vu survenir successivement l'engorgement des ligaments, l'inflammation de la membrane synoviale, le gonflement, la destruction des cartilages et des fibro-cartilages, la carie des os suivie de fistules, enfin, l'ankylose; cette dernière terminaison est encore heureuse quand il s'agit des membres supérieurs, pourvu toutefois qu'on ait eu le soin de mettre la partie dans une position assez favorable pour qu'elle puisse être de quelque utilité au malade après la parfaite consolidation.

Les effets primitifs d'une contusion articulaire sont : la douleur, la gêne ou l'impossibilité des mouvements, l'infiltration ou l'épanchement du sang, et quelquefois ces deux états simultanément, d'où résulte un gonflement plus ou moins considérable de la partie, produit par l'extravasation des fluides. Lorsque la contusion est très-violente, qu'elle est suivie d'attrition, c'est-à-dire de désorganisation immédiate et profonde, ou qu'elle est accompagnée d'une forte commotion, la douleur est remplacée par un état d'engourdissement, d'insensibilité, de stupeur, qui annonce que la vie est éteinte ou sur le point de s'éteindre dans la partie contuse.

Les phénomènes consécutifs sont : l'augmentation du gonflement et de la douleur produite par l'afflux des humeurs vers la partie contuse; l'apparition tantôt prompte, tantôt tardive d'une ecchymose

plus ou moins foncée en couleur, le développement de l'inflammation, la résorption du sang épanché ou infiltré, ou bien la formation de dépots sanguins ou d'abcès purulents; enfin, la gangrène qui peut être le résultat immédiat de la contusion, ou bien être la suite de l'inflammation à laquelle la contusion a donné lieu. Toutes les contusions violentes donnent ordinairement lieu à une fièvre traumatique plus ou moins intense.

Maintenant que nous avons fait connaître le mode d'action des corps contondants, examinons les circonstances dans lesquelles ces mêmes corps produisent des plaies.

Il est rare qu'un corps qui agit perpendiculairement sur nos parties par une grande surface, et sans être animé par une grande impulsion, entame les tissus; mais dans la circonstance opposée, quand sa surface est de peu d'étendue, quand il jouit d'une grande force d'impulsion, et surtout quand il tombe obliquement, presque toujours il fait une plaie. C'est que, dans le premier cas, il n'agit qu'en comprimant, et que, dans le second, il comprime et tiraille tout à la fois les tissus. Aussi les plaies contuses sont-elles presque toujours à lambeaux, irrégulières, frangées, morcelées, compliquées d'ecchymoses dans les parties voisines; difficilement elles se réunissent par première intention. Le caractère commun de ces plaies est la gravité.

Plaies d'armes a feu. — Tous les corps solides lancés par la poudre à canon peuvent, comme les corps contondants ordinaires, produire une contusion plus ou moins violente; les plaies qui en sont le résultat sont non-seulement contuses, mais la commotion et l'attrition en sont très-souvent les suites. En effet, les plaies d'armes à feu ne diffèrent des autres plaies contuses que par l'excessive contusion de leurs lèvres et des parties environnantes, et par un ébranlement profond qui retentit dans tout le système de l'économie. Mais elles offrent entre elles de grandes différences qui résultent des corps qui les ont produites, du trajet que les corps ont parcouru; des tissus qu'ils ont lésés; enfin, des circonstances qui ont accompagné l'accident.

Les projectiles ordinaires des armes à feu sont : les balles de fusil ou de pistolet, les biscaïens, les boulets, les éclats de bombe, d'obus,

ou de grenade, la mitraille, le plomb de chasse, quelquefois des pierres ou des baguettes de fusil, etc.; l'action de ces corps varie beaucoup par leur nombre, leur forme, leur volume, leur force d'impulsion et leur direction par rapport à la surface de nos parties; aussi leurs effets sont bien différents les uns des autres par la forme et l'étendue des plaies qu'ils occasionnent. Mais l'effet le plus constant de leur action est de déchirer les tissus qu'ils frappent, par le froissement, la contusion désorganisatrice qu'ils produisent, et en déterminant souvent des ecchymoses fort étendues.

Quand ces projectiles frappent une articulation, leur effet ne doit donc pas être toujours le même; si une balle projetée de loin atteint l'extrémité d'un os, un cartilage ou quelque partie fibreuse, comme un ligament, un tendon, une aponévrose, elle subit quelquefois une déviation plus ou moins marquée; elle se réfléchit, suit la nouvelle direction qui lui est imprimée, et va s'engager dans l'intervalle des muscles environnants ou dans leurs tissus, si toutefois elle n'a pas la force de sortir du membre; mais des corps de forme irrégulière, tels que les éclats de bombe, etc., causeront toujours le déchirement des parties molles et les meurtriront fortement; et s'ils pénètrent quand ils sont à la fin de leur course, ils resteront dans l'articulation. Un boulet qui frappe une articulation, même quand l'impulsion qu'il a reçue paraît presque éteinte, la détruira infailliblement. M. Marjolin a vu, en 1814, un soldat qui, pour avoir voulu arrêter avec son pied un boulet qui roulait lentement sur le sol, eut toute la plante du pied emportée; on fut obligé de lui amputer la jambe.

En général, les corps qui occasionnent les plaies d'armes à feu ne bornent pas leur action aux parties qu'ils frappent immédiatement; ils produisent une commotion violente qui ébranle le système nerveux, et jette quelquefois le blessé dans une stupeur mortelle. Quoique cette commotion et cette stupeur soient proportionnées à la violence du choc, au volume du projectile, et à la résistance des parties, il n'en résulte pas moins qu'elles débilitent profondément l'action organique de ces mêmes parties, et qu'elles les disposent à

un engorgement atonique qui, trop souvent, se termine par la gangrène.

La figure et la grandeur des plaies d'armes à feu varie selon la forme et le volume des projectiles, surtout lorsqu'ils agissent perpendiculairement. Une balle qui traverse une articulation laisse deux ouvertures arrondies mais inégales en dimension; celle de l'entrée est toujours plus petite, plus déprimée que celle de la sortie, et leur aspect présente un état de bénignité presque toujours trompeur : mais si un corps informe la frappe avec violence, l'une et l'autre ouverture ne montrent que des tissus irrégulièrement déchirés en lambeaux ou triturés; les os sont alors nécessairement fracassés.

Dans les premiers temps des plaies d'armes à feu, les hémorrhagies sont fort rares, et il faut que quelque vaisseau considérable soit lésé pour qu'il y ait une émission sanguine notable. La forte contusion qu'éprouvent les parties molles occasionne le refoulement des liquides et crispe les vaisseaux; et s'il survient une émission sanguine abondante, ce ne sera que du dixième au douzième jour, époque ordinaire de la chute des escarres. Si un des gros vaisseaux qui avoisinent une articulation n'a pas été atteint, on n'aura pas à craindre une hémorrhagie, car les tissus qui les composent ne reçoivent pas assez de sang pour présenter des indications particulières afin d'arrêter celui qu'elles pourraient fournir.

Les plaies qui nous occupent renferment souvent des corps étrangers : ces corps peuvent être ceux dont l'arme était chargée, comme des balles, de la bourre, etc., ou bien ceux que le projectile a poussés devant lui, comme des fragments de vêtements, des boutons, etc. On doit enfin considérer comme corps étrangers les esquilles qui sont le résultat de la fracture des os. La présence de ces corps, dans une articulation, occasionne les accidents les plus graves, si on ne parvient bientôt à les extraire, ce qui est souvent fort difficile, surtout lorsqu'ils ne se présentent pas d'eux-mêmes à l'ouverture de la plaie.

Quoique la plaie ait deux ouvertures opposées, il ne faut pas conclure qu'il n'existe pas des corps étrangers dans l'articulation : d'abord l'arme peut avoir été chargée de deux balles, dont une aurait resté

dans les tissus, et l'autre se serait frayé un passage; ou bien, quoique sorti, le corps vulnérant peut avoir laissé dans son trajet les objets qu'il a poussés devant lui.

Les accidents primitifs et consécutifs des plaies d'armes à feu ne diffèrent presque en rien de ceux que nous avons signalés dans les deux autres espèces de plaies; mais ne les ayant considérés que d'une manière générale, nous aurons bientôt l'occasion de nous en occuper un peu plus en détail.

Nous ne saurions terminer l'histoire abrégée des lésions articulaires sans dire un mot sur les plaies par arrachement. On nomme ainsi celles qui résultent de la séparation par déchirement de quelques parties du corps, et principalement celle des articulations des membres, lorsqu'ils sont soumis à de violentes tractions. C'est ainsi qu'on a vu des membres entiers séparés du corps. Ces plaies, qui, au premier aspect, paraissent très-graves, n'offrent, le plus souvent, aucun accident fâcheux. Dans quelques cas, il est vrai, l'hémorrhagie a occasionné la mort; mais, dans le plus grand nombre, la guérison a eu lieu assez rapidement. Tous les praticiens connaissent l'observation de Lamothe : cet habile chirurgien raconte qu'un jeune enfant, s'amusant auprès d'une roue de moulin en mouvement, fut saisi par la manche de son habit, et son bras, attiré par la machine, fut arraché et séparé du tronc dans son articulation scapulo-humérale : la plaie rendit si peu de sang, qu'un tampon de charpie suffit pour s'en rendre maître : la guérison fut prompte et sans accidents graves. Nous pourrions citer quelques autres faits aussi extraordinaires.

Dans ces déchirements, une cause principale s'oppose à l'hémorrhagie : les vaisseaux artériels, fortement tiraillés, cèdent et s'allongent avant de se rompre; mais leurs membranes internes, très-peu extensibles, se déchirent inégalement, puis se séparent complètement de la tunique celluleuse, qui continue de s'allonger en se rapprochant de plus en plus de l'axe du vaisseau. La séparation achevée, l'artère offre, à son extrémité, un prolongement conique terminé par une ouverture étroite, et, dans son intérieur, des lambeaux irréguliers

qui en obstruent l'intérieur. Il est possible encore que la rétraction de l'artère dans les chairs contribue à arrêter le sang.

La douleur de ces plaies est presque nulle au moment de l'accident ; et quelques individus ont prétendu n'avoir éprouvé qu'un léger frémissement.

§ VI.

ACCIDENTS LOCAUX DES PLAIES ARTICULAIRES.

Les accidents locaux des plaies articulaires se divisent en primitifs et en consécutifs : les uns et les autres varient beaucoup en raison des désordres de la blessure, et de la disposition physique et morale du blessé.

1° *Accidents primitifs.* — Un des premiers résultats de toute lésion de tissu, est l'inflammation : celle des divers tissus articulaires avait reçu le nom d'arthrite. Maintenant qu'on a voulu étudier séparément les divers modes d'inflammation de chaque tissu, quelques auteurs modernes n'ont réservé ce mot que pour désigner celle qui affecte le système fibreux articulaire, et ont désigné sous les noms de *synovite, chondrite* et *ostéite*, l'inflammation des autres tissus. Nous ne saurions approuver cette division, toute méthodique qu'elle puisse être, surtout quand il s'agit du sujet que nous traitons ; car il arrive presque toujours que, dans les plaies articulaires un peu graves, tous les tissus qui la composent prennent une part plus ou moins active à l'inflammation, selon leur texture ; et quand il nous serait possible, par des signes positifs, de déterminer que tel ou tel tissu est affecté isolément d'inflammation, avons-nous des moyens thérapeutiques spéciaux à lui opposer? D'après ces considérations, l'arthrite sera pour nous l'inflammation des divers tissus articulaires, soit qu'ils y participent tous, ou qu'ils soient isolément atteints.

Arthrite traumatique. — Les symptômes de l'arthrite aiguë sont relatifs aux lésions plus ou moins profondes des tissus articulaires. Une plaie par piqûre ou une plaie légère par instrument tranchant

ne détermineront en général que des inflammations faciles à combattre; dans ces cas, une rougeur plus ou moins vive se manifeste, et bientôt elle est suivie d'un peu de gonflement, de rougeur et de chaleur à la peau. Quelquefois cependant les mouvements du membre lésé sont gênés et souvent impossibles; mais lorsqu'il existe un grand désordre dans les tissus, la douleur est intolérable, et la fièvre traumatique se manifeste aussitôt avec les symptômes les plus graves; si, par les antiphlogistiques les mieux indiqués, on ne parvient pas à la calmer, le délire et des mouvements convulsifs surviennent ordinairement.

Quoique les capsules articulaires ne soient pas très-sensibles dans l'état naturel, elles acquièrent cette propriété au plus haut degré dans l'état inflammatoire, et deviennent très-douloureuses; la membrane synoviale ne fournit plus qu'un liquide aqueux, beaucoup moins albumineux que dans l'état de santé; la synovie devient par là moins propre à lubréfier les surfaces articulaires, et à prévenir les effets du froissement des extrémités osseuses; les ligaments s'épaississent, comme les autres parties, par l'inflammation.

La membrane synoviale qui tapisse les surfaces articulaires des os communique bientôt son état inflammatoire aux cartilages, et si l'inflammation marche vers l'état chronique, ces tissus sont bientôt détruits. Les membranes capsulaires s'épaississent alors, et fournissent un épanchement de lymphe coagulable qui s'infiltre jusque dans le tissu cellulaire ambiant; la membrane synoviale change de nature et prend une apparence de texture cartilagineuse. Toutes ces altérations morbides, suite de l'arthrite, sont autant de prodrômes d'une tumeur blanche ou d'une ankylose.

La terminaison d'une arthrite aiguë par un abcès est très-fâcheuse, surtout quand la collection purulente se forme dans une grande articulation : des accidents accompagnés de fièvre se déclarent; les convulsions, le délire et le coma sont quelquefois les symptômes précurseurs de la mort du blessé. Si la collection se forme d'une manière chronique, le malade est bientôt atteint de fièvre hectique, qui succède à la fièvre inflammatoire : à une époque plus ou moins éloignée,

le pus trouve une issue, à travers les téguments, par une ou plusieurs ouvertures fistuleuses. Dans cet état inflammatoire des articulations, il y a presque toujours carie des extrémités osseuses. Enfin, la gangrène, après une forte inflammation précédée de stupeur locale, peut envahir l'articulation.

Les autres accidents primitifs de l'arthrite traumatique aiguë sont : l'hémorrhagie, l'engourdissement ou la paralysie du membre, lorsqu'un nerf a été froissé, déchiré ou coupé; enfin, la stupeur locale qui se complique quelquefois de la stupeur générale, surtout dans les grandes plaies articulaires produites par des armes à feu.

2° *Accidents consécutifs.* — Les principaux symptômes consécutifs des lésions traumatiques articulaires sont : les abcès, la gangrène, les tumeurs blanches, la carie et l'ankylose. Les bornes d'une dissertation académique ne nous permettent pas de traiter séparément de chacun de ces accidents ; nous nous bornerons seulement à dire quelques mots sur l'ankylose, la plus avantageuse terminaison pour les malades après avoir été atteints de plaies graves.

On donne le nom d'ankylose à une maladie, ou pour mieux dire à une infirmité qui consiste dans la perte plus ou moins complète des mouvements des articulations mobiles; on la divise en complète et incomplète. Quoique pouvant atteindre toutes les articulations mobiles, elle est plus fréquente dans celles qu'on nomme ginglymoïdales. En parlant de l'arthrite, nous avons déjà fait connaître les causes premières qui y prédisposent ; mais le repos absolu du membre, pendant le traitement, en est encore une bien puissante ; car on a vu des articulations s'ankyloser par le repos absolu des membres et sans qu'il y ait inflammation articulaire.

L'impossibilité du mouvement à la suite des arthrites peut être due à la présence de fausses membranes, à des bourgeons charnus, à des ossifications qui forment alors une espèce d'articulation amphiarthrodiale; enfin, d'autres fois l'ankylose a lieu par la soudure de tumeurs ou de végétations qui se développent sur les extrémités des os et se joignent entre elles en dehors des surfaces articulaires ; mais cette dernière espèce n'est occasionnée que par l'arthrite chro-

nique, sous la dépendance du vice goutteux. Les autres espèces résultent des tumeurs blanches, de la destruction des cartilages, de la carie, etc., affections qui proviennent presque toutes d'un état inflammatoire.

Une ankylose complète est sans remède ; celle qui conserve encore quelque mouvement, et dans laquelle on doit présumer qu'il reste encore quelque vestige de membrane synoviale, on peut tenter, non la guérison complète, mais de ramener le membre dans un état assez satisfaisant pour qu'il puisse être encore de quelque utilité au malade.

§ VII.

TRAITEMENT.

Avant d'entreprendre la cure d'une plaie articulaire, il est essentiel de connaître les signes commémoratifs ; ils nous feront apprécier les circonstances qui ont précédé ou accompagné la production de la plaie, la nature et le mode d'action des corps vulnérants, l'état et la situation du blessé au moment de l'accident, etc.

Les signes diagnostiques ne sont pas moins utiles à recueillir ; ils nous montrent la forme, la direction et l'étendue de la plaie ; ils font reconnaître la lésion des organes et l'importance relative des divers tissus qui le composent ; ces connaissances nous permettront de juger si nous pouvons avoir l'espoir de conserver le membre affecté, et le rétablissement du libre exercice de ses fonctions, ou bien s'il faut en faire l'ablation pour conserver les jours du malade.

Ces renseignements acquis, tous les praticiens s'accordent à dire qu'il faut réunir les plaies articulaires par première intention et le plus promptement possible, afin que l'air ne pénètre pas dans leurs cavités, bien que ce fluide n'exerce pas l'influence nuisible qu'on lui a attribuée. Ce précepte est juste, sans doute, dans son application aux plaies par piqûre et par instrument tranchant ; mais dans les plaies contuses, cette réunion ne peut se faire qu'autant que le lam-

beau de la plaie n'aura pas été emporté; et même lorsqu'il existerait, ses bords meurtris rendraient toujours la réunion immédiate impossible; ils tomberaient en suppuration : néanmoins une partie pourra adhérer et recouvrir l'ouverture externe de l'articulation. Il n'en est pas de même des plaies d'armes à feu : le désordre et la désorganisation qu'elles occasionnent ne permet nullement d'en rapprocher les bords, même dans l'état le plus simple; au contraire, on est généralement d'accord aujourd'hui sur l'utilité de les inciser pour les changer en plaies saignantes, surtout quand la partie blessée est enveloppée de ligaments et d'aponévroses. Ces incisions, pratiquées sagement dans le premier pansement, ont l'avantage de prévenir les accidents qui pourraient résulter de l'inflammation des tissus inter-articulaires par la résistance qu'offriraient d'abord les capsules fibreuses. Nous pensons que le même précepte doit être suivi dans les cas de plaies par piqûre résultant d'un instrument acéré, lorsque la tuméfaction est extrême et que les parties menacent de tomber en sphacèle; la même pratique doit être mise en usage s'il y a épanchement sanguin dans la cavité articulaire, lorsqu'on ne pourra l'en dégager par la pression, à cause de l'étroitesse de l'ouverture.

Avant de réunir une plaie articulaire, il faut s'assurer qu'il n'existe pas de corps étrangers dans son intérieur; cette recherche doit être faite avec la plus grande précaution, crainte d'augmenter l'irritation des tissus. Il arrive quelquefois que ces corps se présentent d'eux-mêmes à l'ouverture de la plaie; alors leur extraction est facile; dans d'autres circonstances, ils font saillie aux téguments; une contre-ouverture suffit pour les dégager. S'il faut absolument sonder la plaie pour reconnaître leur position, nous le répétons, il faut le faire avec ménagement. Le corps une fois reconnu, s'il était impossible de l'extraire à l'aide de tenettes, il suffirait de débrider la plaie convenablement pour en faire l'extraction; mais le plus souvent le corps est tellement enfoncé, qu'il faut imaginer des procédés extraordinaires pour y parvenir. C'est ici que la sagacité du chirurgien doit être mise en œuvre: tantôt il faut s'aider de l'extension et de la contre-extension; tantôt l'articulation doit être mise dans la flexion, afin de mettre les parties

dans le plus grand relâchement; tantôt, enfin, il faut user de pressions méthodiques. On doit, dans cette circonstance, oublier le précepte général, reçu en chirurgie, de respecter les articulations. M. Percy, dans sa longue expérience, a vérifié que, sur 100 cas de présence de corps étrangers dans les articulations, sans extraction, 95 étaient mortels, si on ne pratiquait l'amputation ou si on ne débridait pas assez la plaie pour prévenir ou diminuer l'inflammation. M. Marjolin (1) pense, au contraire, que lorsque le corps étranger ne se présente pas de lui-même à l'ouverture, qu'il ne fait pas saillie sous les téguments, et qu'enfin il est impossible de l'extraire par la plaie, il faut se contenter d'employer les antiphlogistiques les plus actifs pour prévenir l'inflammation. Nous sommes loin d'adopter cette dernière méthode, à moins que nous fussions convaincus que le corps étranger réside dans l'os, car, dans le cas contraire, l'irritation qu'il procurera sera permanente, et malgré les antiphlogistiques, l'inflammation le sera aussi.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les diverses méthodes d'extraire les corps étrangers, ni les instruments dont on se sert ordinairement, parce que les procédés varient selon les cas, et l'application des instruments selon la position, la forme, le volume et la nature du corps vulnérant, et selon les parties qu'il occupe.

Cas d'amputation. — Jusqu'à présent nous ne nous sommes occupés que des cas les plus ordinaires, les plus simples, et des effets des corps vulnérants de peu de volume ou peu capables de causer de grands ravages dans les articulations; maintenant nous allons examiner ceux que produisent des corps plus volumineux, et les plaies qui nécessitent l'ablation du membre.

Le baron Larrey établit, en maxime générale, qu'il faut amputer sur-le-champ, dans les cas où la suppuration est inévitable, et où nul traitement ne saurait l'empêcher. On a vu sans doute quelques sujets qui ont pu conserver leurs membres dans ces circonstances; mais la proportion de ceux qui ont péri victimes de la temporisation

(1) Dict. de méd., tom. XVII, page 114.

du chirurgien est tellement considérable, qu'on ne saurait regarder ce précepte comme trop rigoureux, surtout lorsqu'on pratique la chirurgie sur un champ de bataille, soit par les difficultés qu'on éprouve à se procurer tout ce qui est nécessaire, et l'incommodité de transporter le blessé, soit encore le long séjour qu'il est obligé de faire dans les hôpitaux. Dans la pratique civile, on peut, dans certaines circonstances, attendre les effets des moyens antiphlogistiques. L'épuisement qu'éprouvera le malade, par quelques jours de souffrances, ne pourra être trop nuisible au succès de l'opération, si elle est inévitable, ainsi que l'a observé Ambroise Paré. Cette question chirurgicale est donc relative aux circonstances et à la gravité de la plaie: mais voici des cas où l'amputation est indispensable, et où il faut la pratiquer sur-le-champ.

1° Lorsqu'un corps vulnérant volumineux, tel qu'un boulet, un biscaïen, un gros éclat de bombe, etc., auront atteint une articulation, de manière à la contondre jusqu'à désorganiser les parties, ou en auront brisé les extrémités osseuses, et déchiré ou emporté la majeure partie des membranes et des ligaments.

2° Lorsqu'un membre est séparé, l'opération est toute faite, a dit Sabatier; mais il fait remarquer néanmoins qu'une plaie semblable étant inégale, il vaut mieux faire l'amputation au-dessus de l'articulation, parce que l'os peut être fendu bien au-delà de l'endroit frappé, et que les portions d'os saillantes peuvent blesser les parties molles.

Tels sont les deux principaux cas qui nécessitent primitivement l'amputation; il en est d'autres secondaires que nécessitent les affections articulaires passées à l'état de chronicité, telles que les tumeurs blanches, la carie, etc.

Après avoir rempli les premières indications que présente la plaie par elle-même, il faut que le chirurgien cherche à prévenir ou à combattre l'inflammation locale et la réaction qui est le résultat des grandes lésions traumatiques.

L'arthrite traumatique doit toujours être traitée, même étant légère, comme la plus intense, surtout lorsqu'elle a son siége dans une grande articulation; les saignées générales, renouvelées aussi

souvent que la constitution du blessé le permettra, l'application des sangsues à plusieurs reprises ou continues, comme le conseille M. Bégin, jusqu'à ce que l'inflammation soit dissipée ou considérablement diminuée ; les applications d'eau froide souvent renouvelées, sont autant de moyens thérapeutiques qui suffisent quelquefois pour empêcher le développement de l'inflammation, mais principalement quand la plaie est légère. Les cataplasmes émollients et narcotiques, et surtout le repos absolu du membre, sont des moyens très-recommandés jusqu'à ce que l'inflammation ait disparu.

Quelques praticiens prétendent avoir retiré les plus grands avantages de l'application des vésicatoires ou des moxas autour de l'articulation enflammée, même dans son état d'acuité. Dupuytren et M. Velpeau nous assurent avoir mis ces moyens en pratique avec le plus grand succès. Nous pensons que ces moyens pourront être réellement utiles, lorsqu'on aura diminué sensiblement l'inflammation par les saignées locales réitérées : alors ils pourront agir en déviant le peu d'irritation qui reste.

La diète la plus sévère sera prescrite au blessé ; il ne prendra intérieurement que des boissons délayantes et mucilagineuses. S'il survenait quelques symptômes convulsifs, il faudrait s'empresser de lui donner l'opium ou quelqu'une de ses préparations ; on l'administrerait même à fortes doses, s'il était menacé d'affection tétanique.

Malgré tous ces soins, il arrive, rarement il est vrai, qu'un abcès se forme dans l'articulation. Les chirurgiens sont divisés d'opinion sur la conduite à suivre dans cette circonstance : M. Percy ne veut pas qu'on donne issue au pus ; Lassus prétend qu'on ne doit le faire qu'à l'aide d'un trois-quarts ; J.-L. Petit, Roche et Sanson, veulent, au contraire, qu'on ouvre largement l'articulation, et qu'on favorise l'écoulement du pus par une position et des pansements convenables ; M. Boyer fait observer, avec raison, qu'il y a un terme moyen à prendre entre ces deux extrêmes. Le pus qui se forme dans la cavité articulaire acquiert promptement des qualités nuisibles, et son séjour provoquerait la désorganisation des surfaces cartilagineuses, et par suite la carie des os. Il est donc urgent de l'évacuer, sans qu'il soit

nécessaire, pour cela, de faire des ouvertures trop grandes : il s'agit seulement de débrider la plaie assez convenablement pour que le liquide puisse s'écouler. L'articulation ainsi dégorgée, on en facilitera la détersion au moyen de quelques injections émollientes. Si l'articulation continue à fournir du pus, que le malade tombe dans le marasme, et qu'il soit menacé de fièvre hectique, l'amputation est inévitable, si l'on veut prolonger ses jours. Il en sera de même si la totalité des tissus articulaires sont frappés de sphacèle : il faudra attendre, cependant, qu'il se soit borné.

Si l'on parvient à guérir une plaie des articulations, il n'en reste pas moins, après la cicatrisation de la plaie et la cessation de tout symptôme inflammatoire, une rigidité très-forte dans le membre, et presque toujours une ankylose imparfaite en est la suite. Pour la prévenir, il sera convenable, aussitôt que l'état du malade le permettra, de faire exécuter quelques mouvements gradués et ménagés. C'est surtout pour les articulations ginglymoïdales que ces soins sont nécessaires, à raison de la grande facilité qu'elles ont de s'ankyloser.

Lorsque la fausse ankylose existe, il faut redonner aux ligaments et aux muscles voisins leur flexibilité et leur extensibilité naturelles. A cet effet, on emploie les bains tièdes, les lotions, les fomentations émollientes faites avec des décoctions mucilagineuses, telles que celles de guimauve, de graine de lin. Les bouillons de tripes sont aussi très-adoucissants. Les bains, les douches de vapeurs, simples ou aromatiques, les douches alcalines et sulfureuses, etc., ont été tour à tour employés avec succès. On obtient aussi de très-bons effets des frictions et du massage faits sur les parties molles de l'articulation. On a beaucoup recommandé les bains de Barèges, de Bourbonne ; les emplâtres émollients, les onctions, les frictions avec l'huile d'olive simple ou camphrée, enfin, la peau toute chaude d'un mouton qu'on vient de tuer, et avec laquelle on entoure le membre.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique Chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS. Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS, *Président*. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR. Pathologie et thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er EXAMEN. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e EXAMEN. *Anatomie, Physiologie.*

3e EXAMEN. *Pathologie interne et externe.*

4e EXAMEN. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e EXAMEN. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e ET DERNIER EXAMEN. *Présenter et soutenir une Thèse.*